Rok XXIX. Kraków, 18 Października 1890. Nr. 42.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny. Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

| | w Austryi | w Król. Polskiém i Ces. Ros. | w Niemczech | we Francyi |
|---|---|---|---|---|
| Rocznie: | 8 złr. 80 ct. | 6 rsr. | 14 mk | 24 fr. |
| Półrocznie: | 4 „ 40 „ | 3 „ | 7 „ | 12 „ |
| Kwartalnie: | 2 „ 20 „ | $1\frac{1}{2}$ „ | $3\frac{1}{2}$ „ | 6 „ |




## I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla w Krakowie.

### Dwie operacyje wągra podsiatkówkowego.

(*Cysticercus subretinalis*).

Napisał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

W walce o byt z pasorzytami wewnętrznemi stanowi oko ludzkie nie najczęstszy, ale ze względu na pacyjenta najmniéj pożądany teren. Na szczęście, o ile to dotyczy saméj gałki ocznéj, prócz niezmiernie rzadkiéj *filaria spiralis* [1]) mamy tu do czynienia z jednym tylko najezdcą, wągrem (*Cysticercus cellulosae*), formą przejściową tasiemca *taenia solium*, którego jajko przypadkowo połknięte rozwija się w żołądku ludzkim w zarodek, przedostający się drogą naczyń krwionośnych do mięśni, skóry, mózgu lub oka. Jeżeli jednak w tych wszystkich innych narządach obecność wągra jest czynnikiem prawie obojętnym [2]) i jako taka rzadko bywa przedmiotem rozpoznania, to oko mocą swéj subtelnéj budowy i funkcyi czule i głębokiemi zmianami oddziaływa na wtargnięcie intruza.

Nie dziw więc, że wobec takiego środka rozpoznawczego, jak wziernik, już w pierwszych latach ery wziernikowéj spotykamy się z rozpoznaniem i opisem tego cierpienia. Pierwsze niewątpliwe rozpoznanie wągra w głębi oka pochodzi od Alberta Graefego z r. 1854, a więc w trzy lata po wynalazku wziernika, podczas gdy o rok wcześniejszy opis Cocciusa tylko z prawdopodobieństwem miał za przedmiot wągra. Od owego czasu obserwacyje tego cierpienia wzrosły w Niemczech do takiéj liczby, że jak w r. 1875 wyraża się Wecker, dziś już tylko pomyślnie operowane przypadki mogą wynagradzać trudy ogłaszania.

W statystyce wągra zajmują też Niemcy pierwsze miejsce, co niewątpliwie stoi w związku z rozpowszechnionym tam zwyczajem jadania surowych szynek i kiełbas. Niemcy północne, zwlaszcza okolice Berlina i Halli, dzierżą prym pod tym względem. I tak Albert Graefe znajduje w swéj klinice na 80.000 chorych na oczy wągra śródocznego 80 razy, a więc w stosunku 1:1000, Alfred Graefe zaś, prof. w Halli, nawet nieco więcéj. W Francyi cierpienie to musi należeć do bardzo rzadkich, skoro Wecker w liczbie 60.000 chorych raz jeden z niem się spotyka. Prawdziwą już jednak *rara avis* jest ta choroba w Austryi, w któréj statystykach okulistycznych rubryka *cysticercus* dlugi czas świeciła takiemi pustkami, że szowinizm pruski nie wahał się téj luki tłómaczyć mniejszą wprawą w wziernikowaniu u austryjackich kolegów. Pierwszy bodaj przypadek wąga śródocznego w Austryi rozpoznał prof. Rydel w klinice Arlta, będąc jeszcze jego asystentem. Z innych okulistów badacz téj miary co Mauthner wyznaje, że na 30.000 chorych nie spotkał się ani razu z wągrem w oku. Sam Arlt w Wiedniu operował zaledwie jeden przypadek, Fuchs zaś w swym podręczniku [1]) nie daje nawet opisu obrazu wziernikowego téj choroby. Największą względnie liczbę, bo 4 przypadki, odnalazł w protokółach kliniki praskiéj Herrnhäuser [2]), z tych tylko 3 w głębi oka. Podobnież skąpe są doniesienia z Wielko-Rosyi, gdzie jak wynika z pracy Dra Magawly'ego [3]), do roku 1890 wszystkiego 5 przypadków jest znanych. W samym Petersburgu napotkano na 370.000 chorych wągra 2 razy [6]). Z krajów dawnéj Polski ogłoszono 6 przypadków, wszystkie z zaboru

[1]) Dotychczas znamy tylko dwa niewątpliwe spostrzeżenia: Quadri'ego ze sprawozdania kongresu okul. w Brukseli w r. 1858 i Kuhnta z r. 1888. To ostatnie stwierdzone pomyślną operacyją (*Correspondenzblatt des allgem. ärztl. Vereines in Thüringen* 1888). [2]) Patrz między innymi: Ziegler: *Lehrbuch der pathol. Anatomie*, T. 1.

[1]) *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1889. — [2]) *Ueber Cysticercen im Auge*, *Wiener klin. Wochenschrift*, 1889, Nr. 50. [3]) Wedle ref. *Przeglądu Lek.* w Nrze 10 r. 1890. [6]) Th. v. Schröder: *Ein teilweise resorbirter Cysticercus etc. Archiv f. Augenheilkunde*, XXXV., 3.

rosyjskiego (Jodko 1, Talko 2, Kośmiński 1, Kamocki 2), w téj liczbie 4 tylko z usadowieniem w głębi gałki ocznéj.

W klinice krakowskiéj aż do czasu naszych dwu przypadków nie spostrzegano dotąd ani razu wągra w głębszych częściach oka. Z 2 jedynych przypadków wągra w ogólności znalazł go raz prof. Rydel za siatkówką przy sekcyi oka wyłuszczonego w praktyce prywatnéj z powodu bólów w przypadku *iridocyclitis plastica recidiva* w r. 1872 [1]), w drugim przypadku znaleziono wągra przy operacyi pod spojówką u młodéj izraelitki.

Dopiero w ostatnim roku w przeciągu niespełna 4 miesięcy mieliśmy sposobność rozpoznać wziernikiem i operować 2 przypadki wągra śródocznego. Jakkolwiek w drugim naszym przypadku operacyja nie doprowadziła do celu, nie waham się obydwu na równi podać do wiadomości, sądzę bowiem, że wobec statystyki ogłaszanie niepomyślnych wyników ma większą wartość niż drapowanie się w starannie przesortowane kwiatki powodzenia, niegodne poważnéj nauki.

I. Józef S., komisarz z Dąbrowy Górniczéj w Król. Pol., lat 37 liczący, zgłosił się 14/12 1889 r. do kliniki naszéj z powodu utraty wzroku na oku prawem. Przyczynę choroby odnosi do uderzenia korbą w okolicę oka, jakkolwiek pogorszenie wzroku wystąpiło w miesiąc późniéj w sposób nagły. Ogólnie czuje się zdrów. Tasiemca nie przebywał.

Badanie wykazuje: okiem prawem liczy palce na 0·15 m. ekscentrycznie od zewnątrz. Części dodatkowe i zewnętrzne wejrzenie oka prawidłowe. Tn. Zrenica prawidłowych rozmiarów wolna, oddziaływa leniwo na światło. Soczewka czysta, w przedniéj części ciałka szklanego błoniste, nakształt delikatnéj siatki rozpięte nieruchome zaćmienia. Przy skręceniu gałki ku dołowi widać przy prostem oświetleniu wziernikiem nieograniczony ściśle odblask barwy sinawo szaréj, w obrębie którego rysunku lub struktury jakiejś odróżnić nie można. Powyżéj na całéj widzialnéj przestrzeni dna oka rozległe faldziste oderwanie siatkówki. Przy lekkiem skręceniu oka ku górze wewnątrz rysuje się poza miernie zaćmioną i sfałdowaną siatkówką regularnie elipsoidalny kontur ciała zielonkowato zabarwionego z wyraźnem wypukleniem ku przodowi. Po rozszerzeniu źrenicy homatropiną i użyciu silnéj ($1\frac{1}{2}$ calowéj) soczewki dwuwypukłéj do wziernikowania w obrazie odwrotnym odsłonił się klasyczny obraz wągra ze wszystkiemi szczegółami. Teraz było można widzieć dokładnie, że pęcherz dolną swą częścią całą tarczę zasłania, górną zaś dotyka niemal równika gałki ocznéj. Na sinawem tle pęcherza odznacza się barwą silnie żółtą miejsce ściśle ograniczone, w którem należało poszukiwać głowy, któréj jednak w pierwszym dniu ani ja, ani prof. Rydel nie byliśmy w stanie odróżnić. Natomiast obecność kilku drobnych szarych zaćmień, z wejrzenia podobnych do osadów na błonie Descemeta, a uznanych zgodnie za objaw charakterystyczny wągra w głębi oka, usunęła wszelką wątpliwość co do rozpoznania. Rozpoznanie w następnym zaraz dniu stwierdzonem zostało nieomylnie ruchami rozwiniętéj zupełnie szyjki i głowy, które zwłaszcza w wieczornych godzinach można było przez dłuższy czas obserwować. Czasem wśród żywszych ruchów pasorzyta siatkówka parta ruchami głowy tegoż wzdymała się i opadała jak żagiel. Drobniejszych szczegółów, jak nasadek i *rostellum* z trudnością dopatrzeć się było można i to tylko w obrazie odwrotnym przy użyciu słabszéj soczewki dwuwypukłéj; obraz bowiem prosty, że dodam nawiasem, skutkiem znacznego wystawania przedniéj powierzchni pęcherza ku przodowi, dawał powiększenie słabsze, aniżeli odwrotny. Wielkość pasorzyta z powodu niemożności porównania z zasłoniętą tarczą, pomijając już niedokładność tego sposobu mierzenia dla znacznéj różnicy w odległości tych 2 przedmiotów, nie dała się nawet w przybliżeniu ocenić. Co najwyżéj można było powiedzieć, że mieliśmy do czynienia z okazem zupełnie rozwiniętym, a te, jak wiadomo, dochodzą średnio od 6 do 10 mm. długości.

Za zgodą chorego, pouczonego o znaczeniu cierpienia, przystąpił prof. Rydel dnia 31/12 do operacyi wydobycia wągra wśród głębokiéj narkozy i ściśléj antiseptyki. Plan operacyi przedstawiał się podobnie jak w przypadku Arlta, ogłoszonym w jego *Operationslehre* z r. 1874. Różnica dotyczyła tylko położenia cięcia twardówkowego, które tu wobec odmiennéj siedziby pasorzyta musiało przebiegać w tylnym górno-wewnętrznym oktancie gałki, a odpowiednio przedniemu biegunowi pęcherza musiało się poczynać w okolicy równika gałki. Przy silnem ściągnięciu oka ku dołowi — zewnątrz za pomocą pętli jedwabnéj, przewleczonéj przez spojówkę w pobliżu rogówki, uzyskano wygodny dostęp do pola operacyjnego w miejscu między mięśniem prostym górnym, a prostym wewnętrznym. W odległości 6 mm od brzegu rogówki nacięto spojówkę gałkową na długość 1 cm. ku tyłowi, poczem wkłuwszy wązki nożyk Graefego, zwrócony ostrzem ku górze w twardówkę w téj saméj odległości w sposób podobny jak przy ekstrakcyi zaćmy, utworzono rankę 10 mm. długą. Pęcherz mimo rozwarcia ranki haczykami sam wprawdzie nie wystąpił, ale za pierwszem wprowadzeniem delikatnych szczypczyków w całości wraz z głową i szyjką został wydobyty wśród odpływu kilku kropli cieczy wodnistéj, z wejrzenia do transsudatu podobnéj. Operacyja z wszelkiem prawdopodobieństwem odbyła się ściśle podsiatkówkowo, to jest bez naruszenia ciałka szklanego, przypuszczając bowiem, że owych kilka kropli pochodziło od rozpłyniętego ciałka szklanego, trudnoby było wytłómaczyć, dlaczegośmy go tak mało tylko stracili. Rankę twardówkową zespojono jednym szwem, powierzchownie chwytającym z najcieńszego jedwabiu, spojówkę zbliżono tylko w przednim kącie ranki. Pasorzyt wydobyty i w prędkości wrzucony przypadkiem do tacki z 5% karbolem zapadł się i skurczył tak, że wielkość jego tylko w przybliżeniu ocenić możemy na 8—10 mm. Założono opatrunek lekko uciskowy z cienkiéj organtyny krochmalnéj dla umożliwienia w razie potrzeby stosowania okładów lodowych bez zdejmowania opaski.

Lekki ból pooperacyjny, przeciągający się kilka dni, zmusił trzeciego dnia do zmiany opatrunku, przyczem znaleziono mierny obrzęk powieki górnéj i dość znaczną opuchlinę (*chemosis*) spojówki gałkowéj. Groźne te na pozór objawy miały jednak znaczenie prostéj tylko przesączyny surowiczéj (*Chemosis alba*), bo już na drugi dzień po zastósowaniu okładów lodowych przyrządem Leitera ustąpiły. W 4-tym dniu po operacyi zdjęto szew twardówkowy (spojówkowy odszedł sam) *chemosis* ustąpiła, oko wybladło. Chory palców nie liczy, poczucie światła utrzymane. Przy wystąpieniu chorego z zakładu dnia 13/1 b. r. oko, prócz łekkiego nastrzykania w okolicy już dobrze zgojonej ranki przedstawiało się zewnętrznie niemal prawidłowo. Napięcie gałki normalne, wzrok jednak ponad rozpoznawanie ruchów ręki się nie podniósł. Wziernik wykazywał: ciałko szklane nieco więcéj zaćmione, dozwala jednak rozpoznać zmniejszenie się rozmiarów oderwania siatkówki, jakoteż płaską wybroczynę krwawą w okolicy cięcia twardówkowego. Tarcza nerwu wzrokowego dotąd niewidzialna. Ognisko sinawo-szare w dolnéj połowie pola widzenia utrzymuje się dotąd bez zmiany i budzi podejrzenie pierwotnego legowiska pasorzyta. Kiedym chorego przy powtórnem zgłoszeniu się dnia 22/1 przedstawiał w tutejszem towarzystwie lekar., stan ten utrzymywał się bez zmiany.

W cztery miesięcy późniéj nadarzył nam się przypadek drugi.

II. J. N., urzędnik, l. 22 liczący z Chrzanowa, cieszył się w pierwszéj młodości dobrym wzrokiem. W czasie studyjów szkolnych rozwinął się w lekkim stopniu krótki wzrok, w 18 zaś roku życia pojawiły się początki zéza na oku lewem. Odkąd okiem tem gorzéj widzi, nawet w przybliżeniu podać nie umie, prób bowiem wzroku każdem okiem z oso-

[1]) Prawie całkowite zarośnięcie źrenicy nie dozwalało w tym przypadku na badanie i rozpoznanie wziernikowe, a obecności wągra, jako przyczyny niezwykle uporczywego zapalenia, domyślał się prof. Rydel tylko z przebiegu. Sekcyja stwierdziła następnie ten domysł.

bna nie przedsiębrał. Ogólnie, pomijając kaszel dokuczliwy, nigdy nie chorował, członków tasiemca w stolcu nie zauważał. Wieprzowiny surowéj nie jadał.

Badanie przedmiotowe ócz wykazuje: oko prawe $\sqrt{} = {}^6/_6$ Mp. 2 D.; oko lewe: bystrość wzroku upośledzona do liczenia palców na 0·75 m. bardzo obwodowo, dołem. Znaczny zéz rozbieżny (3—4 mm.) ze znaczeniem zézu towarzyszącego. Zresztą innych zboczeń zewnętrznych brak. Tn.; wziernikiem stwierdzić można: środki łamiące, nie wykluczając ciałka szklanego, czyste. Tarcza nerwu wzrokowego prócz staréj punktowatéj wybroczynki okazuje się prawidłową. Siatkówka w całéj dolnéj połowie aż po równik oderwana, jednak przeźroczysta. W miejscu plamki żółtéj widać pęcherz o regularnym, kulistym konturze, wielkości $2^1/_2$ średnic tarczy. Brzegi pęcherza barwy zielonkowatéj, odbijają od różowéj barwy dna oka, przeglądającego przez środek pęcherza. Blisko górno-wewnętrznego brzegu pęcherza (obraz odwrotny) widać miejsce pozornéj wielkości ziarnka pszenicy, o barwie wybitnie czerwonéj, odgraniczone z boku linijką jasno świecącą i jakby z drobnych punktów złożoną (osady wapienne?). Drobne gałązki żył siatkówkowych, przechodzące na przednią powierzchnię pęcherza, opisują strome łuki i przesuwają się paralaktycznie przy ruchach soczewki ponad płaszczyzną reszty dna oka. Mimo częstego badania w różnych porach dnia nie zauważono nigdy głowy lub szyjki. Natomiast pęcherz w całości bezustannie kształt swój zmieniał, przyczem brzeg jego wewnętrzny kolejno to się oddalał, to znów prawie dotykał zewnętrznego (w rzeczywistości) brzegu tarczy. W najbliższem otoczeniu pęcherza zauważyć można rozrzucone w siatkówce drobne, mocno połyskujące punkty srebrzyste, przypominające charakterystyczne ogniska w *retinitis albuminurica*.

Przypadek ten różnił się zasadniczo od powyżéj opisanego. Przedewszystkiem mieliśmy tu do czynienia z osobnikiem bardzo młodym, jak na to wskazywała wielkość pęcherza, dająca się na podstawie porównania z tarczą nerwu wzrokowego (2 r = 1·4 mm.) ocenić na 3·5 mm. w średnicy, nie mniéj brak wykształconéj szyjki i głowy, któréj wągry, jak wiadomo z badań Leuckarta [1]), nie posiadają w pierwszym okresie rozwoju. Wobec tych miniaturowych rozmiarów pasorzyta, a jeszcze bardziéj wobec niefortunnéj lokalizacyi w saméj plamce żółtéj, nie tailiśmy ani przed sobą, ani przed chorym niepewnych szans operacyi, która nadto nawet w razie pomyślnego wyniku nie dawała nadziei poprawy, a choćby tylko utrzymania tego wzroku, jaki był. Z tem wszystkiem chory, powodowany życzeniem uniknięcia czekającéj go kiedyś enukleacyi oka, poddał się operacyi, którą też dnia 22/4 b. r. wykonał prof. Rydel metodą podaną przez Alfreda Graefego dla przypadków wągra w tylnym odcinku gałki ocznéj [2]). Operacyja sama miała spełnić dwa zadania: 1) umożliwić dostęp do okolicy tylnego bieguna gałki przez odpreparowanie płatu spojówkowego wraz z mięśniem prostym zewnętrznym ku tyłowi; 2) nadać cięciu twardówkowemu położenie odpowiednie plamce żółtéj. Warunek drugi teoretycznie nie zdawał się sprawiać trudności, zważywszy, że miejsce to w oku mało zbaczającem od prawidłowéj budowy leży w odległości 24 mm. od szczytu rogówki. Biorąc więc za punkt wyjścia w mierzeniu zewnętrzny brzeg rogówki, należało tylko odliczyć 2 do 3 mm. na część osi ocznéj od podstawy do szczytu rogówki, czyli odmierzyć cyrklem jako cięciwę odległość 21—22 mm. w południku poziomym, aby natrafić na siedzibę pasorzyta. Narkoza tak pożądana w naszym przypadku okazała się niemożliwą z powodu napadów duszności, jakim podlegał chory, cierpiący na zadawnioną *tracheobronchitis* z obfitą wydzieliną. Operacyja więc odbyła się przy znieczuleniu kokainą wstrzykniętą pod spojówkę gałki. Po odpreparowaniu płatu trapezoidalnego ze spojówki gałkowéj uchwycono ścięgno mięśnia prostego zewnętrznego w podwójny haczyk Weckera, poczem przeprowadziwszy przez ścięgno mocną pętlę jedwabną, przecięto takowe poza pętlą, która umożliwiała silne skręcanie gałki ku nosowi. Mimo wydatnego odpreparowania mięśnia ku tyłowi trudno było samem ciągnięciem pętli odsłonić tylny biegun oka w żądanéj odległości 22 mm. tak, że dodatkowo okazało się koniecznem równoczesne odciąganie szczypczykami zewnętrznéj komisury powiek. Uzyskawszy wreszcie zmierzoną cyrklem odległość 22 mm., utworzył prof. Rydel kilkoma powolnemi sunięciami nożyka Graefego z ostrzem zwróconem ku twardówce rankę 4 mm. długą, z któréj wnet przeciskać się poczęło ciałko szklane prawidłowéj konsystencyi. Wągr ani sam, ani po rozwarciu ranki haczykami nie wystąpił. Zawiodły też i szczypczyki wprowadzane bezskutecznie 5—6 razy w różnych kierunkach. Ponieważ wśród tych manipulacyj ciałko szklane zwolna, ale bezustannie się sączyło tak, że oko poczęło się lekko marszczyć, zaniechano dalszych manipulacyj, zdjęto pętlę ze ścięgna, nie zszywając go umyślnie z mięśniem ze względu na *strabismus divergens*, płat zaś spojówkowy ustalono w swojem miejscu trzema szwami.

Dzięki starannéj antiseptyce reakcyja po tym ciężkim zabiegu była minimalną: lekka surowicza *chemosis*, która już po 3 dniach ustąpiła po zastosowaniu lekko uciskowéj opaski i jedyna przyczepina tylna, rozerwana jednorazowem zapuszczeniem atropiny. W jedenaście dni po operacyi przybrało oko wejrzenie mało różne od prawidłowego. Zéz tylko, rzecz dziwna, zwiększył się o jakie $2^1/_2$ mm., jak sądzę, z powodu kurczenia się płatu spojówkowego. Wzrok podupadł do poczucia światła. Wziernik wykazywał: soczewka czysta, zato tak silne jednostajne zaćmienie ciałka szklanego, że dna oka wcale widzieć nie było można. W parę tygodni późniéj zaćmienie ciałka szklanego o tyle się zmniejszyło, że przynajmniéj kierunek i położenie cięcia odróżnić było można, jako jasną smugę wśród ogniska wybroczynowego, ale co najważniejsze, nie w okolicy plamki żółtéj, ale powyżéj takowéj.

(Dok. nast.)

[1]) *Die menschlichen Parasiten,* 1863, T. I. [2]) Graefe: *Archiv f. Ophthalm.*, XXIV., 1.

---

### II. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

## O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Z tych doświadczeń przedewszystkiem dwa spostrzeżenia zasługują na uwagę. Mianowicie: stwierdziliśmy, że ciałka czerwone, gdy się znajdą wśród pewnych warunków odżywczych (w naszym przypadku między dwiema blaszkami szklanemi), ulegają przemianie włóknistéj, dając początek siatce z ich istoty złożonéj, a powtóre, że w ich masie wyróżniają się wśród innych warunków dwie istoty z odmiennem oddziaływaniem mikrochemicznem, a polegającem na tem, że jedna z tych istót wobec barwików zachowuje się jak istota chromatyczna jąder. Te dwa spostrzeżenia są wielkiéj doniosłości w sprawie nowotwórczo-zapalnéj i za pomocą nich wyjaśnić się dają pewne zjawiska, które bez nich byłyby zagadkowemi.

Niemniéj ważne wyniki otrzymaliśmy przez wprowadzanie do tkanin żyjących rdzenia bzowego. To ciało porowate wprowadzałem do jamy brusznéj królika, do tkanki podskórnéj i do wątroby. W kawałkach wprowadzonych do jamy brzusznéj, otrzymaliśmy obraz podobny jak w kawałku płuca powyżéj opisanym, dlatego do szczegółów tych wracać nie będziemy.

Doświadczenie z wprowadzaniem rdzenia bzowego do wątroby wykonaliśmy w ten sposób, że za pomocą ostrego noża (aby uniknąć ugniatania) wycinałem z kawałka rdzenia płytki $^1/_2$ do 1 ctm. szerokości, a 1 milimeter grubości i po sterylizowaniu wsuwałem do ranki wątroby ukośnie do jéj powierzchni przebiegającéj. Ten kierunek rany zabezpiecza od znaczniejszego krwawienia i wypadnięcia płytki z wą-

troby. Dnia 6-go zabiłem królika. W jamie brzusznéj żadnego objawu zapalenia. Ranka w wątrobie widoczna jako biaława linijka. Linijka ta odpowiada istocie, która spaja oba brzegi rany. W miejscu tem nie było żadnego zrostu wątroby z otoczeniem. Kawałek rdzenia wrosły w miąższ wątrobowy wyciąłem z warstwą tegoż około trzy milimetry grubości mającą i potem prostopadle do płytki rdzenia pociąłem całość na jak najcieńsze skrawki, obejmujące i rdzeń i otaczający miąższ. Po stwardnieniu w rozczynie Fleminga i po umocowaniu w celoidynie, otrzymałem bardzo cieniutkie skrawki, które barwiłem safraniną lub gencyjaną, lub obydwoma po kolei jeden i ten sam skrawek. Obraz mikroskopowy był następujący:

Osobno musimy przedstawić zmiany, jakie w przylegającym miąższu wątrobowym, a jakie w oczkach rdzenia bzowego znaleźliśmy. Zaczynając opis od miąższu wątrobowego przedewszystkiem stwierdzić musimy, że w komórkach wątrobowych nigdzie nie spotkaliśmy mitoz. Zachowanie się miąższu samego było tu zupełnie biernem. Część tegoż przylegająca do ciała obcego była w niektórych miejscach nekrotyczną. W innych miejscach, a miało to miejsce na większéj przestrzeni między ciałem obcem a miąższem, znajdowała się dosyć szeroka warstwa tkanki łącznéj w różnych okresach rozwoju. Składa się ona z włókien najczęściéj równolegle do brzegu (ciała obcego) przebiegających i krzyżujących się pod ostremi kątami. Wśród włókien rozmieszczona jest różna ilość jąder owalnych, epitelioidowych i leukocytów wielo jąderkowych, wreszcie jąder pod względem rozmiarów pośrednie zajmujących miejsce tak, że miejscami istota międzykomórkowa, miejscami komórki przeważają. Bardzo rzadko jądra te okazują figury karyjokinetyczne. Geneza téj tkanki jest taka sama, jak w ranie wątroby przy doświadczeniach wyżéj przedstawionych, a daje się łatwo udowodnić na granicy miąższu zachowanego lub w otoczeniu naczyń. Pseudokanaliki tylko w bardzo nielicznych miejscach i to w stanie zawiązków są widoczne. Zamiast warstwy tkanki łącznéj, spotykamy często rozległe ogniska krwotokowe, a krew okazuje tutaj obrazy zupełnie identyczne z obrazami przy zranieniach wątroby. Ciałka czerwone rozkładają się w siatkę hemoglobinową, same blednąc aż do utraty konturów. Siatka ta okazuje barwę ciałek czerwonych prawidłowych, a blednąc sama przechodzi bezpośrednio w istotę międzykomórkową sąsiedniéj tkanki łącznéj. W innych miejscach siateczka ta barwi się bardzo żywo gencyjaną i safraniną. Co do leukocytów w téj krwi wynaczynionéj, to musimy położyć nacisk na jednę ważną okoliczność. Otóż ilość ich może odpowiadać stosunkom prawidłowym. Często jednak są one daleko liczniejsze niż to wynaczynionéj krwi odpowiada, a ma to miejsce tylko wobec siatki, mającej barwę prawidłowych ciałek czerwonych. W miejscach tych, gdzie siatka ta barwi się silnie safraniną, ilość leukocytów odpowiada stosunkowi prawidłowemu, t. j. znajdują się one w bardzo nieznacznéj ilości.

Na tem kończymy opis otoczenia ciała obcego, a przychodzimy do przedstawienia nadzwyczaj ważnego szeregu zjawisk, jakich siedzibą są oczka rdzenia bzowego.

Tylko najpowierzchowniejsze rzędy tych oczek są wypełnione, środkowe są zupełnie próżne. Trudno sobie wyobrazić lepszy sposób do badania krwi wynaczynionéj, niż ten, jakiego użyłem. Ze świeżéj rany wątroby, z przekroju takiego mnóstwa naczyń włosowatych krew musiała tu wniknąć do otworów ciała porowatego z prawidłowym stosunkiem ilościowym swych składników, to jest ciałek białych, czerwonych i części płynnych. Obraz więc w pierwszych godzinach po operacyi musiał być jednakim we wszystkich oczkach, mianowicie wszystkie jednaką krwią musiały być wypełnione. Dnia 6-go po operacyi wnikła ta krew do ciała porowatego w różnych oczkach różnie nam się przedstawia. Zmiany, jakim ona w ciągu tego czasu uległa, podzielić możemy na dwie grupy, a mianowicie: zmiany wsteczne i zmiany widocznie progresywne. Do pierwszych należą te oczka nieliczne, w których krew rozpadła się w masę drobno-ziarnistą, bezbarwną, bez żadnéj dalszéj budowy, lub w których co najwięcéj wśród téj masy ziarnistéj spotykamy jakieś grubsze ziarenka, barwą swą dawny barwik ciałek czerwonych przypominające. Wcześniejszy okres takiego rozpadu przedstawiają te oczka bzowe, gdzie ciałka czerwone zachowały jeszcze swe kontury, straciły jednak swój barwik i stały się drobniutko ziarnistemi.

W daleko większéj liczbie oczek przyszło we krwi do zmian przyrody progresywnéj, która tem się przedewszystkiem objawia, że wytworzyły się tutaj liczne składniki komórkowe z obfitą istotą chromatyczną. Uderzają przedewszystkiem te oczka, gdzie przy słabem zwiększeniu mamy przed sobą dwie istoty, o dwóch prawie kontrastujących barwach, jednę o barwie jasno-zielonéj i drugą czerwoną (preparaty barwione tylko safraniną). Na czem ta dwubarwność polega, na to daje nam wyjaśnienie nieco silniejsze powiększenie. Znajdujemy wtedy oczka bzowe, wypełnione ciałkami czerwonemi, których rozmiary są nieco mniejsze od prawidłowych, kształt wszędzie okrągły, a ilość naturalnego ich barwika zwiększona, ztąd ich odcień więcéj zielonawy. Otóż w tych to ciałkach czerwonych znajdujemy istotę chromatyczną w różnéj ilości. I tak w niektórych ciałkach widzimy dopiero przy otwarciu kondenzora małe ziarenka w liczbie różnéj, czasem tylko jedno, ułożone jużto w środku, jużto na samym obwodzie ciałka. Im liczniejsze i im większe są te ziarenka, tem mniéj prześwieca z pomiędzy nich barwa szaro-zielonawa. Niektóre ciałka są w całości silnie safraniną zabarwione, a tylko po tem je jako ciałka czerwone można rozpoznać, że mają kształt i rozmiary zupełnie te same, co ciałka czerwone, obok nich leżące, z ziarnami hemoglobiny lub bez nich. Obok tych jąder ułożonych widocznie w ciałkach czerwonych znajdujemy i ziarenka wolne, nieregularne, silnie zabarwione safraniną i jąderka bardzo maleńkie, okrągłe, na obwodzie okazujące drobne ziarenka chromatyczne, kształt tych ostatnich i rozmiary są identyczne z bardzo małemi ciałkami czerwonemi, które obok prawidłowych w różnych oczkach bzowych w różnéj liczbie napotykamy Obok tych jąder najwidoczniéj powstałych z ciałek czerwonych, spotykamy i jądra znacznie większe podobne do epitelioidowych, okrągłe lub lekko owalne. Między temi jądrami epitelioidowemi, a małemi powstałemi z ciałek czerwonych znajdują się wszelkie możliwe postacie przejściowe. Jądra wielkie, owalne lub okrągłe, spotykamy zwłaszcza w tych miejscach, gdzie zamiast ciałek czerwonych znajdujemy istotę prawie jednolitą, w której na brzegach tylko można wykryć kontury ciałek czerwonych. Te obrazy stanowią przejście do komórek olbrzymich, które tu w bardzo znacznéj liczbie spotykamy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

## III. Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

## Udar mózgowy samoistny, czy wskutek urazu. Brak nerki prawéj.

Podał
Dr. Józef Bogdanik,
prymaryjusz szpitala powszechnego w Biały.

(Dok. Patrz Nr. 41.)

Wynik przesłuchania lekarza ordynującego Dra C. podaję niniejszem w streszczonem tłomaczeniu. Zna on H. S. jako cierpiącego na chorobę nerkową z niekompensatą (niedomogą) serca. W dniu 30/12 1889 r. zastał go w łóżku w stanie półprzytomnym. Na plecach widział dwa zdarcia przyskórka wielkości centa, chory nie mógł się podnieść, żalił się na wielki ból głowy, kończynami dobrze władał. Zalecił spokój, lodowe okłady na głowę i wodnik chloralu. Następnego dnia wzmogły się bóle głowy. Fałdy po prawéj stronie twarzy zdawały się nieco wygładzone. Język nie zbaczał, źrenice równe, oddziaływały dobrze, ręce i nogi wolne, jakkolwiek nieco leniwsze. Ciepłota ciała nie podwyższona. Trzeciego dnia spostrzegł wyraźniejsze objawy wynaczynienia do pra-

wéj półkuli mózgowéj, władanie lewą kończyną górną i dolną niemożebne. Mocny ból głowy, lekka gorączka, zatrzymanie stolca. Przypady wynaczynienia wzmagały się, lecz przytomność utracił dopiero krótko przed śmiercią Oddawanie moczu było możebne. Mowa trudno zrozumiała.

Drugi lekarz Dr. D. napisał dosłownie: „Będąc raz jeden, dnia nie pamiętam, u H. S. stwierdziłem, o ile dobrze pamiętam, porażenie lewéj połowy ciała (kończyny górnéj i dolnéj) i objawy porażenia mięśni twarzy, jeżeli się nie mylę, po przeciwnéj stronie. Chory rozmawiał ze mną całkiem gładko. O inne szczegóły się nie dopytywałem.“

Inni świadkowie przesłuchani nic stanowczego nie zeznali.

Na podstawie tych danych wydaliśmy następujące stanowcze orzeczenie:

Denat przyszedł na świat z dość znaczną wadą ustrojową, bo brakiem nerki prawéj. Wskutek zastępczego działania nerki drugiéj nastąpił przerost tejże, objawiający się jako cierpienie nerkowe, o którem wspomniał lekarz ordynujący Dr. C. Dalszem następstwem był przerost serca, który to przerost i inną miał przyczynę, mianowicie proces miażdżycowy tętnic sekcyją stwierdzony (l. 10) Cierpienia te u mężczyzny 54 lat liczącego, opasłego, o krótkiéj, grubéj szyi usposabiały do udaru mózgowego, który się ostatecznie stał przyczyną śmierci denata. Stwierdza to wynaczynienie krwi do miąższu prawéj półkuli mózgowéj wielkości orzecha włoskiego (prot. sekc. l. 8) łącznie z objawami za życia spostrzeżonemi przez Dra C. jako to: porażenie lewych kończyn, zamazane fałdy na policzku prawym, mowa utrudniona. Nie sprzeciwiają się temu i chwiejne zeznania drugiego lekarza Dr. D., bo mniejsza o to, czy mowa była gładka, czy utrudniona; utrudnienie mowy mogło nastąpić dopiero w późniejszym okresie choroby, w którym Dr. D. może chorego nie widział. Opadowe zapalenie płuc zaś (prot. sekr. 9) było następstwem udaru (przez leżenie), przyczepiny opłucnowe świadczą o dawniéj przebytem zapaleniu opłucnéj (l. 9). Rozchodzi się teraz jeszcze o to, **kiedy był początek udaru mózgowego i czy on powstał wskutek pobicia**. Oględziny sądowo-lekarskie za życia następnego dnia po pobiciu dokonane jeszcze udaru nie stwierdziły. Z wyjątkiem bowiem zamglenia *sensorium*, bólu głowy i skłonności do wymiotów, niepokoju, które to objawy nie były wystarczające do rozpoznania tego, wynik badania był ujemny, dla tego też wstrzymaliśmy się z wydaniem orzeczenia. Dopiero wskutek zeznań lekarza ordynującego Dra C., który trzeciego dnia po uszkodzeniu spostrzegł porażenie obu kończyn lewych orzec możemy, iż tegoż dnia były niewątpliwe objawy wynaczynienia po stronie prawéj mózgu. Wobec tego też twierdzimy, iż poprzednie objawy były prawdopodobnie zwiastunami, a może następstwem już rozpoczynającego się wynaczynienia. To co kilku świadków przesłuchanych podaje, iż już 30/12 1889 widzieli, że H. S. lewą stroną nie ruszał, jest prawdopodobnie odniesieniem objawów późniejszych do okresu wcześniejszego.

Delikatniejszéj natury jest rozstrzygnięcie pytania, czy gwałt zewnętrzny przyczynił się do wystąpienia wynaczynienia, t. j. udaru mózgowego. Denat był do tego wielce usposobionym, jak już powyżéj wspomnieliśmy i udar bez widocznéj przyczyny każdéj chwili mógł nastąpić. Gwałtem zewnętrznym zaś, podobne skutki wywołującym, jest silne uderzenie w głowę, względnie uderzenie się przy upadnięciu ze znaczną siłą. Zeznaniami świadków tego nie stwierdzono, owszem są one jednozgodne, że H. S. po pchnięciu wcale nie upadł, zaś o uderzeniu w głowę wcale już mowy nie ma. Został on pchnięty ręką w piersi według zeznań świadków, lecz w skutek tego żadnego śladu ani za życia ani po śmierci nie było. Nie było też śladu żadnego uderzenia w innem miejscu. W protokóle oględzin za życia dokonanych (l. 7) zamieściliśmy w dniu 31/12 1889. „Badanie głowy, tułowia, ani też kończyn nie wykazało żadnego uszkodzenia w szczególności **nie znaleźliśmy nic na tyłogłowiu, na krzyżach, ani też po prawéj stronie klatki piersiowéj**“. Co tedy podaje Dr. C. przesłuchany dopiero 9/3 1890, iż dnia 30/12 1889 widział na plecach dwa zdarcia przyskórka wielkości centa, jest widocznie pomyłką, prawdopodobnie ztąd pochodzącą, iż na plecach wystąpiły czeraki (l. 3) przy sekcyi znalezione. **Uraz przeto stosunkowo dość mały, jakim było pchnięcie, wskutek którego H. S. nawet się nie przewrócił i które żadnego nie pozostawiło znaku, nie mógł wywołać udaru mózgowego. Powolne wystąpienie objawów takowego również za tem przemawia.**

Wskutek tego orzeczenia zwróciła c. k. prokuratoryja państwa w Wadowicach akta c. k. sądowi powiat. w Biały celem ukarania A. B. we własnym zakresie za przekroczenie z § 431 ust. k., popełnione przez uderzenie H. S. w piersi, oraz ciągnienie go, nie znalazłszy podstawy do ścigania go za zbrodnię lub wykroczenie przeciw bezpieczeństwu życia z § 335 u. k., lecz sąd powiatowy i co do tego przekroczenia wydał wyrok uwalniający.

Niniejszy przypadek sądowo lekarski budzi już u anatoma żywy interes przez brak zupełny nerki, który to brak był wrodzonym, bo nie znaleziono ani dotyczącéj tętnicy lub ujścia tegoż do pęcherza moczowego. Przypadki takie są nader rzadkie. Na drugim zjeździe chirurgów polskich w Krakowie poruszył tę sprawę prof. **Obaliński**, opisując przypadek za pomocą operacyi usuniętéj hydronefrozy bez śladu nerki prawéj lub moczowodu, poczem Dr. **Kijewski** podał analogiczny przypadek, a Dr. **Jasiński** wspomniał o przypadku, gdzie Brodowski w Warszawie przy sekcyi także nie mógł znaleźć nerki [1]). Jak się prywatnie dowiedziałem, jeszcze **Bukowski** z Warszawy operował hydronefrozę bez śladu nerki prawéj Więcéj podobnych przypadków w literaturze znaleźć nie mogłem.

Dla lekarza sądowego zaś była trudną do rozstrzygnienia sprawa, czy osoba druga śmierć zawiniła, czy nie. W tym względzie sądzę, iż orzeczenie wydane jest zupełnie uzasadnionem, boć wobec chorobliwego ustroju denata trudno zrobić było kogoś odpowiedzialnym za pchnięcie, które nawet widocznych śladów nie pozostawiło, a sąd nie widział przyczyny zastosowania § 431 u. k. Kwestyi zaś, czy przestrach a więc motyw psychiczny mógł się do udaru przyczynić, nie poruszaliśmy wcale raz, że zdaniem mojem kwestyj naukowo nie stwierdzonych nie należy dotykać w orzeczeniach sądowo-lekarskich, a powtóre, że się w sprawach niepewnych kierować musimy zasadą *in dubio mitius*. Arcypożądaną rzeczą był dokładny protokół przy pierwszych oględzinach spisany, a mianowicie, że podano, iż szczegółowo na tyłogłowiu, na plecach i po prawéj stronie klatki piersiowéj nie znaleziono żadnych śladów uszkodzenia, zwłaszcza wobec późniejszych zeznań lekarza ordynującego, iż sińce widział. Okoliczność tę uwzględniliśmy przy wydaniu orzeczenia.

Przesłuchiwania świadków co do okoliczności zmysłami dostrzegalnych winno się jak najrychléj przedsiębrać. W niniejszym przypadku ogromne wskutek grasującéj influenzy zajęcie lekarzy w krytycznym okresie czasu usprawiedliwia pomyłkę.

---

## IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. **Drasche** (Wiedeń): **Influenza.**

Grypa pojawiając się tylko nagminnie, idzie prawie zawsze od wschodu na zachód. Postępuje nadzwyczaj szybko, jak żadna inna choroba nagminna, a nie trzyma się szlaków utartych, ani nie jest zależną od stosunków klimatycznych i pór roku. Ofiary wybiera bez względu na wiek, płeć, rasę i warunki życia. Tegoroczna epidemija wybuchła w drugiéj połowie maja w Bucharze, a wędrując ku zachodowi, przebiegła szybko spory kawał ziemi. Co do liczby przypadków i śmiertelności, autor posiłkuje się statystyką wiedeńską, gdzie najwyższa śmiertelność w ostatnim tygodniu wynosiła 130 na dzień; równocześnie zmarło w grudniu 344 osób z zapa-

[1]) *Przegląd Lekarski* 1890, Nr. 33, str. 476.

lenia płuc, przeważnie ludzie podeszli i schorzali, a wówczas jakby w pewnym związku okazała się wysoka śmiertelność wśród suchotników. W Wiedniu stan barometryczny był wysoki, bez wiatrów, częste mgły i sporo wilgotności w powietrzu.

Następuje znany opis samego napadu, który kończy się spadkiem ciepłoty wśród obfitych potów, a chwila ta może być albo zakończeniem saméj choroby, albo występują w dalszym ciągu zmiany miejscowe, a przedewszystkiem nieżytowe. Zapaleniu oskrzeli towarzyszyła wysoka ciepłota, brak łaknienia, bezsenność i ogólne osłabienie, stojące w znacznym niestosunku do nasilenia procesu chorobowego. Zapalenie płuc towarzyszyło grypie stale w jéj wędrówce, rozwijając się raz niespostrzeżenie, to znów wśród ciężkich objawów, po zapaleniu oskrzeli, lub w okresie ozdrowienia. Przebieg był różny, a zawsze odmienny od ogólnego obrazu zapalenia płuc; gorączka okazywała niestosunek do nasilenia choroby i nie ustępowała przez przełamanie się. Sprawa prowadziła do zagęszczenia miąższu, do ropni nawet i zgorzeli ognisk zapalnych, pociągając za sobą zniszczenie miąższu na mniejszéj lub rozleglejszéj przestrzeni. Autor zaprzecza, jakoby dławcowe zapalenie płuc miało być równoczesną epidemiją z influenzą. Zapalenie opłucny pojawiało się albo samoistnie, albo dołączało się bezpośrednio do zapalenia oskrzeli, nierzadko z wysiękiem ropnym, skoro zropiały i ogniska zapalne w płucach, naówczas proces przenosił się na osierdzie, śródsierdzie, a nawet i na otrzewnę.

Objawy ze strony systemu nerwowego środkowego i obwodowego wywołane były prawdopodobnie bezpośredniem działaniem jadu chorobowego, częściowo zaburzeniami w następstwie gorączki. Ujemne działanie na serce widocznem było już z samego początku choroby; tętno drobne, a liczne, od czasu do czasu nieregularne, późniéj objawy niedomogi, a nierzadko i śmierć przez porażenie serca. Objawy te tem cięższe, skoro dotyczą osób podeszłych, u których istnieją już zmiany w mięśniu sercowym lub w naczyniach. W narządzie wzrokowym obserwowano zmiany, począwszy od zapalenia spojówki aż do zaburzeń w akomodacyi; w słuchowym zapalenie ucha środkowego jako dalszy ciąg procesu w jamie noso-połykowéj. Często można było wykazać obrzęk śledziony. Zmiany te utrzymują się długo, nawroty choroby saméj są częste.

Badania krwi dokonane przez Klebsa wykazały twory plasmodyczne (szczepione z wynikiem ujemnym), Kollman znalazł jedynie pomnożenie liczby białych ciałek. W moczu znalazł Weichselbaum pneumokoki Fränkla, Jolles laseczniki Friedländera; w innych wydzielinach znaleziono strepto- i stafilokoki. Nie stwierdzono dotąd, aby choroba przenosiła się bezpośrednio z człowieka na człowieka, t. j. aby jad chorobowy reprodukował się w ustroju i stąd się rozszerzał; autor nie zgadza się również na nazwanie grypy chorobą zaduchowo-przyrzutową, według niego zarazek wisi w powietrzu i tą drogą jedynie dostaje się do ustroju.

Ustrzeżenie się zatem trudne, mimo to słusznem jest odosabnianie chorych, zamykanie szkół itp. Poleca zachowanie dyjetetyczne i spokój, z leków raczéj chininę niż antipyrynę, zresztą leczenie objawowe. (Osobna odbitka z *Wien. med. Woch.* 1890). *P. R.*

## Patologija.

Wilhelm Erb: *Dystrophia muscularis progressiva.*

(Dok. Patrz Nr. 41).

W dystrofii rzecz się ma co do tych objawów zupełnie odwrotnie, to jest małe mięśnie dłoni prawie zawsze prawidłowe, a jeśli są zajęte, to dzieje się to dopiero w bardzo późnym okresie choroby, często przerost prawdziwy lub fałszywy mięśni, odruchy ścięgniste zmniejszone lub zniesione. Nigdy niema reakcyi zwyrodnienia elektrycznego, nigdy nie łączy się z porażeniem opuszkowem.

2) *Syryngomyelia* jeszcze łatwiéj daje się odróżnić od dystrofii. Okazuje ona bowiem umiejscowienie cierpienia w rdzeniu, porażenie z zanikiem mięśni i reakcyją zwyrodnienia elektrycznego, nigdy przerost mięśni, a za to przedewszystkiem zaburzenia w czuciu, mianowicie bóle i parestezyje.

3) Również łatwem jest rozróżnienie od *Neuritis multiplex chronica*, która czasem przedstawia pewne podobieństwa do zaniku postępującego mięśni. Tutaj obecność porażeń mięśni, zaburzenia w czuciu, mianowicie bóle, wreszcie umiejscowienie choroby dostatecznie charakteryzują tę sprawę, a zatem branie jéj za dystrofiję niemożebne.

4) *Atrophia neurotica progressiva Hoffmanni* (Type Charcot-Marie, Peroneal type Anglików). Stanowisko téj choroby nie jest jeszcze jasnem, ale występuje ona jako porażenie połączone z zanikiem mięśni stóp i podudzi (późniéj także rąk i przedramion) z reakcyją zwyrodnienia i drganiami włókienkowemi mięśni, nierzadko także z zaburzeniami w czuciu. Więc jakkolwiek choroba ta bez wątpienia jest przyrody dziedzicznéj i zwykle występuje we wczesnym wieku dziecięcym, to przecież łatwo ją odróżnić od dystrofii mięśni.

Zmiany anatomiczne *Dystrophiae muscul. progressivae.* Zmiany anatomiczne tak kawałków mięśni wyciętych za życia z różnych form zaniku mięśniowego, jakoteż zmiany, jakie okazały przypadki, które przyszły do sekcyi, wykazują, że wszystkie postacie dystrofii w główniejszych punktach sobie odpowiadają, a polegają jedynie na różnicach ilościowych zmian histologicznych, zależących jedynie od okresu choroby. Różnice między pojedynczemi mięśniami u jednego i tego samego chorego nie są mniejsze, aniżeli różnice między mięśniami różnych form dystrofii.

Zmiany odnoszą się tak do włókien mięśniowych jak i tkanki łącznéj międzymiąższowéj.

Zmiany włókien mięśniowych: przerost włókien, zanik włókien i zaokrąglenie takowych, pomnożenie jąder mięśniowych, podzielenie się włókien, tworzenie się tak zw. wakuoli (*Vacuolenbildung*) w włóknach, zamazany obraz poprzecznego prążkowania i skłonność włókien do rozpadu w cieńsze włókienka. Brak zwyrodnienia tłuszczowego i woskowego włókien mięsnych.

Zmiany w tkance łącznéj przedstawiają się jako bujania takowéj z zgrubiałemi i obfitszemi w jądra naczyniami, prócz tego większa lub mniejsza ilość tkanki tłuszczowéj, która znajduje się między włóknami mięsnemi.

Układ nerwowy okazuje się zawsze zupełnie prawidłowy, tak mózg, rdzeń jako też nerwy obwodowe. A zatem *dystrophia muscularis progressiva* uważać należy jako pierwotną chorobę mięśni.

Przebieg chorobowy jest zwykle powolny i ciągle postępujący przez lata, a nawet i dziesiątki lat. Może choroba wreszcie stanąć i chorzy tacy mogą dojść do podeszłego nawet wieku. Czasem jednak, zwłaszcza, gdy zajęte zostają mięśnie oddechowe i przepona, następuje śmierć, skutkiem braku tlenu (asfiksyi).

Leczenie: Pod względem zapobiegawczym należy u rodzin, u których choroba ta zwykła się pojawiać, baczyć na należyte odżywienie dzieci, polecić kąpiele i przebywanie na świeżem powietrzu i zakazać zbytecznego natężenia mięśni. Pod względem właściwego leczenia jeszcze najwięcéj spodziewać się można po elektroterapii, a mianowicie wskazanem jest galwanizowanie rdzenia przedewszystkiem szyjnego i lędźwiowego ze względu na leżące tutaj ośrodki troficzne, i faradyzowanie nerwów i mięśni, przyczem wystrzegać się należy zbyt silnych prądów i zbyt długich posiedzeń. Wreszcie mierne mięsienie, lekka gimnastyka, kąpiele morskie i borowinowe, dobre odżywienie i arszenik wewnętrznie. (*Volkmanns Samml. klin. Vortr.*, Nr. 2, 1890).

## Choroby wewnętrzne.

**Mosler: O leczeniu miejscowem przewlekłych obrzęków śledziony.**

Wiadomo, że w bielicy (leukemii) i innych przewlekłych chorobach połączonych z obrzękiem śledziony bardzo często istnieje skłonność do krwotoków bez wszelkiego objawienia się. W innych razach krwotoki się pojawiają tak w narządach zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Z powodu téj skłonności, tak często wikłającéj bielicę i inne choroby z obrzękiem

śledziony połączone, wycięcia śledziony (splenotomii) nie należy nigdy wykonywać, ponieważ z jednéj strony zbyt wielkie grozi niebezpieczeństwo zakrwawienia, a z drugiéj zaś strony zwykle splenotomija nie pomaga, zwłaszcza gdy i gruczoły limfatyczne są zajęte. Z tego powodu więcéj aniżeli splenotomija wskazane jest wstrzykiwanie do miąższu śledziony rozczynu kwasu karbolowego, lub rozczynu arsenikalnego Fowlera. W tenże sposób udało się autorowi zmniejszyć obrzęki śledziony. Elektopunktura, któréj czasem używał, była zawsze bez skutku.

Następujące muszą być warunki, aby skutek ze wstrzykiwań był dobrym i żeby nie przyszło do następstw nieprzyjemnych.

1. Śledziona musi być twarda, a chory bez skłonności do krwotoków.

2. Przed wstrzykiwaniami należy przez pewien czas podawać wewnętrznie środki naśledzienne (chininę, arsen), aby zmniejszyć przekrwienie śledziony. Prócz tego przed i po wstrzyknięciu należy na okolicę śledziony przykładać worek lodowy.

3. Wstrzykiwać należy odpowiednie środki, a mianowicie należy oddać pierwszeństwo rozczynowi Fowlera.

M postępując w ten sposób, u wielu chorych z bielicą śledzionową otrzymał znaczne zmniejszenie śledziony i sądzi, że przez to można czasem powstrzymać dalszy rozwój téj ciężkiéj, zwykle nieuleczném choroby. (*Wien. m. Woch.* 1890, 1—3).

## Choroby nerwowe.

Heidenhain: **Pierwszy zabieg leczniczy przy krwotokach śródczaszkowych.**

Autor opierając się na dwóch przypadkach obrażenia czaszki z krwotokiem śródczaszkowym, w których śmierć dopiero wtedy nastąpiła, gdy odpowiednie osoby położono do łóżka, radzi przy wystąpieniu objawów krwotoku mózgowego nie kłaść chorego do łóżka, lecz trzymać go w pozycyi siedzącéj przynajmniéj przez kilka godzin; a obok tego, jak zwykle, zastosować okłady lodowe na głowę, gorące kąpiele nożne, środki przeczyszczające, gorczyczniki na łydki i ewentualnie (u ludzi krwistych z tętnem silnem, napiętem) kilka pijawek za uszami. Postępowanie to zdaje się H. zupełnie racyjonalnem, gdyż przy utratach przytomności skutkiem niedokrewności mózgu, głowę chorego nisko układamy, więc przy krwotokach oczywiście należy dla powstrzymania takowego trzymać głowę chorego o ile możności wysoko. (*Berl. kl. Woch.* 6. 1890).

## Chirurgija.

Helbing: **O wrzodach skórnych, w głąb drążących, jako następstwach zapalenia nerwów.**

Autor opisuje przypadek wrzodu na skórze w okolicy łokcia, który przebił się do stawu. Wrzód ten był z pewnością przyrody nerwowéj z powodu tego, że dały się wykazać zaburzenia w czuciu, mianowicie silne bóle i mrowienie w odpowiedniéj kończynie górnéj. Bóle te stały się coraz gwałtowniejsze, a wrzód nietylko goić się nie chciał, ale szerzył się coraz bardziéj w głąb tak, że musiano przystąpić do amputacyi ramienia. Badanie nerwów odciętéj kończyny (*ulnaris, radialis* i *medianus*) wykazało, że takowe były zgrubiałe; a badanie drobnowidowe tychże wykazało charakterystyczny obraz śródmiąższowego zapalenia nerwów.

Przyczyny tego zapalenia nerwów nie można było wykazać. Przypadek ten zaliczyć należy do obrazów chorobowych, które Francuzi opisali jako *Mal perforant plantaire*, w których, jak się pokazało, nieraz znaleziono zapalenie nerwów podudzia. (*Beitr. zur kl. Chir.*, V. 2).

*Dr. Süsskind.*

## Choroby kobiece.

J. Veit: **Wskazania do rozmaitych sposobów leczenia tyłozgięcia macicy.**

Tyłozgięcia macicy dzieli Veit na uleczne, nieuleczne lub trudno uleczne. Do pierwszych zalicza tyłozgięcia u osób młodych, mniéj lub więcéj do 25 roku życia, których etyjologiją jest połóg. Do drugich należą tyłozgięcia, występujące po roku 35, lub tuż przed *climacterium*. Złą prognozę dają również tyłozgięcia macicy u pierwiastek, które zdaniem autora nie są tak rzadkie, jak sądzi Dr. Ruge. Widywał on je dość często u dziewcząt chlorotycznych, które zaczynały miesiączkować. Sposoby leczenia dzieli Veit na radykalne i paliatywne. Do pierwszych zalicza systematyczne leczenie krążkiem w przypadkach do tego się nadających, do drugich leczenie tyłozgięcia drogą operacyjną, zalecane w ostatnich czasach przez Olshausena i innych, ponieważ po operacyi macica z jednego ułożenia nieprawidłowego w krótkim czasie przechodzi w inne, wprawdzie mniéj nieprawidłowe, ale również niekorzystne (z retrofleksyi w retropozycyję). Rozmaite odmiany tyłozgięcia wymagają odmiennego sposobu leczenia. Niemal żadnego leczenia nie wymagają tyłozgięcia, występujące po klimakteryjum i to tem mniéj, im późniéj po klimakteryjum wystąpią; jeżeli wystąpią tuż po lub podczas klimakteryjum wymagają założenia krążka i środków lekkoczyszczących. Również żadnemu leczeniu miejscowemu nie podlegają w znacznéj części tyłozgięcia u pierwiastek, gdyż wyleczenie radykalne u takowych bardzo rzadko pomyślnym bywa może zakończone skutkiem. W tych przypadkach radzi V. wzmocnić ustrój i uczynić go odporniejszym na cierpienie. Jeżeli to nie pomaga, należy przejść do krążka, który chora powinna jednak nosić tylko przez czas krótki, poczem znowu należy wrócić do leczenia ustrój wzmacniającego; jeżeli mimo długiego leczenia sposobami powyższemi stan ogólny się nie poprawia, rozstrój nerwowy wzrasta, należy przystąpić do usunięcia choroby drogą operacyjną.

Do leczenia krążkami najlepiéj nadają się tyłozgięcia, wytwarzające się w połogu; nie należy jednak nigdy zdaniem autora zakładać wcześniéj krążka, niż w sześć do ośmiu tygodni po porodzie, przedtem należy macicę często prostować, podawać od czasu do czasu sporysz, próbować wstrzykiwań wody do 40° R. zagrzanéj. W doborze krążka kładzie nacisk na to, aby tenże nie był za duży, gdyż wtedy przez silne rozciągnięcie tylnego sklepienia występuje ubezwładnienie *ligamenti rectouterini*, skutkiem czego radykalne wyleczenie tyłozgięcia staje się niemożliwem i po wyjęciu krążka macica wraca w pierwotne błędne położenie. Jeżeli natomiast dobierzemy krążek odpowiedni, a następnie systematycznie numer krążka zmniejszamy, możemy liczyć na radykalne wyleczenie, które autor osiągnął w 50% nadających się po temu przypadków. Przy tyłozgięciu ustalonem poleca V. jamę brzuszną otworzyć, zrosty rozciąć, a macicę przyszyć do przedniéj ściany jamy brzusznéj. Jeżeli tyłozgięcia ustalone wywołują zrosty trąbek lub jajników z otoczeniem, najlepiéj jest takowe wyciąć. Widzimy zatem, że do leczenia drogą operacyjną najwięcéj nadaje się tyłozgięcie ustalone; inne rodzaje tyłozgięcia dopiero wtedy, gdy wszystko zawodzi, a chora oddziaływa silnie na cierpienie miejscowe.

Ze sposobów operacyjnych: wentrofiksacyi, skrócenia *lig. lat.*, skrócenia *lig. rectout.* i wytworzenia zrostów w *excavatio rectout.*, poleca autor jako najlepszy wentrofiksacyję, przyczem dobre usługi oddawało mu wszycie kikuta powstałego przez odcięcie trąbki i jajnika jednéj strony tuż przy macicy do przedniéj ściany jamy brzusznéj. (*Festschrift der Sect. für Geburtshülfe und Gynaekologie des X. internat. med. Congresses zu Berlin*, 1890). *Dr. Czapliński.*

## Choroby krtani.

H. A. Ehrmann (Heidelberg): **O działaniu kwasu trójchlorooctowego w chorobach gardła i nosa.**

E. próbował tego środka poleconego przez Steina z Moskwy w 170 przypadkach z kliniki prof. Jurasza.

Używał kryształków, które chciwie chłoną wodę i dlatego sprowadzać je należy w hermetycznie zamkniętych flaszeczkach; sprowadzał je wprost od Mercka z Darmstadtu we flaszeczkach, zawierających po 2 gramy środka a kosztujących niewiele, bo po 10 fenigów flaszeczka. Kryształki takie posiadają znakomite własności żrące i ściągające. Stosowanie ich odbywa się w ten sposób, iż kryształek umieszczony w wyżłobieniu główki zwykłego zgłębnika metalowego wciera się w miejsce, które trzeba kauteryzować; w miejscu tém, a zatém na błonie śluzowéj nosa, jamy ust lub gardła po-

wstaje strup barwy białéj, suchy, o gładkiéj powierzchni, silnie tkwiący w otoczeniu nie tkniętem przez środek; oddzielenie się tego strupa następuje we 2—6 dni. Rzadko kiedy zaszła potrzeba znieczulenia poprzednio kokainą; kauteryzacyja ta bowiem nie sprawia choremu żadnych dolegliwości lub tylko bardzo nieznaczne, również i po applikacyi b. rzadko się pojawiają przykre objawy jak ból głowy; oddziaływania zapalnego w otoczeniu miejsca przyżeganego lub krwawienia następowego nigdy autor przytem nie spostrzegał; nawet dzieci dobrze to leczenie znosiły.

Najczęściéj wystarczyło jednorazowe przyżeganie, bardzo rzadko potrzeba było 2—5 razy je powtórzyć, a skutek był taki, iż nawet znaczniejsze przerosty na muszlach i migdałkach ulegały zanikowi, również ustępowały pod wpływem tego środka mieszkowate przerosty (*folliculäre Wucherungen*) błony śluzowéj, gardła i w. i., tak że w ogóle na 129 przypadków podobnych chorób osiągnięto tym sposobem w 122 trwałe wyleczenie.

Wobec tych świetnych wyników zarzucono w klinice Jurasza w zupełności kwas chromowy, którym dotychczas się posługiwano jako środkiem żrącym w chorobach nosa i gardła, z uwagi, iż działanie jego jest znacznie powolniejsze a skutek nigdy nie tak trwały, jak po kw. trójchlorooctowym, a w dodatku wywoływa silne oddziaływanie zapalne tkanki przyżeganéj, wydaje przytém przykrą duszącą woń, często wywoływa silne i przykre objawy odruchowe ze strony układu nerwowego, a czasami wprost objawy zatrucia; tego wszystkiego po kwasie trój chlorooctowym nie spostrzegano.

Stósowano ten środek równie jako *adstringens* (0·3 do *Jod puri* 0·15, *Kal jod* 0·2, *Glycerin* 30·0) w przypadkach mieszkowatego zapalenia migdałków, chronicznego rozlanego zapalenia gardziela wreszcie w postaciach suchego nieżytu przewlekłego, wszędzie ze skutkiem dobrym; ostatecznego jednak zdania o tem ostatniem autor jeszcze nie chce wypowiedzieć. (*Münch. Med. Woch. 1890 Nr. 9*). *Dr. Gross.*

## Choroby uszne.

Prof. Gruber (Wiedeń): **O chorobach usznych podczas influenzy.**

Na podstawie dawniejszych wiadomości i wobec przeważnie nieżytowego charakteru epidemii trzeba było spodziewać się liczniejszego wystąpienia szczególnie przypadków nieżytów ucha środkowego podczas influenzy. W rzeczy saméj w początku epidemii pojawiły się częściéj nieżyty ucha środkowego, późniéj atoli przeważyły dobitnie przypadki zapaleń ropnych tego narządu. Z porównania z odpowiedniemi miesiącami ostatnich lat ubiegłych wynika znaczne powiększenie liczby chorych ropnem zapaleniem ucha dotkniętych podczas panowania epidemii. Ale i przebieg téj choroby był wtenczas poważniejszym, często gwałtownym z gorączką i ciężkiemi objawami podmiotowemi i przedmiotowemi połączonym. Boleści uporczywe przetrwały wystąpienie ropotoku usznego, a to nietylko ucha i odpowiedniéj strony głowy, ale i szyi i karku, a w niektórych przypadkach też kończyn górnych. Z objawów przedmiotowych uderzyło znaczne przekrwienie, trwające nawet po przedziurawieniu i nakłóciu błony bębenkowéj i to nietylko błony śluzowéj jamy bębenkowéj, ale i błony bębenk. i ucha zewnętrznego. Na błonie bębenkowéj doszło do wytworzenia się pęcherzyków z zawartością krwawą i do rozlanych wynaczynień, a po nakłóciu wydzielina była czasem przez kilka dni jakby czystą krwią. Często po krótkiem trwaniu choroby wystąpiło zapalenie kości i okostny w okolicy wyrostka sutkowego, które w wielu przypadkach doprowadziło do zropienia. W niektórych razach choroba ta miała tak gwałtowny przebieg i takie ciężkie objawy, że u 6 chorych, którzy dawniéj nigdy na ucho nie chorowali, a obecną swą chorobę odnosili do przebytéj lub jeszcze istniejącéj influenzy, musiano przystąpić do sztucznego otwarcia wyrostka sutkowego, gdzie po oddzieleniu istoty korowéj znalazła się rozległa jama, wypełniona ropą i ziarninami. Na podstawie tych doświadczeń liczy G. zapalenia ropne ucha środk. podczas influenzy występujące do najcięższych, które spostrzegał w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, mimo, że wszystkie wspomnione przypadki ukończyły się wyzdrowieniem. (*Internat. klin. Rundschau*, 1890, 10). *Dr. Spira.*

## Choroby weneryczne.

T. Robinson: **O świerzbiączce** (*Prurigo*).

Na podstawie całego szeregu opisanych przypadków czyni R. następujące wnioski: 1. Choroba zwana *Prurigo* nie istnieje wcale. 2. Wszystkie przypadki swędzenia skóry mają przyczynę, którą można poznać i odkryć. 3. Wszystkie sprawy, które obejmujemy nazwą „*Prurigo*“, są jedynie następstwem drapania. 4. Przypadki, w których w następstwie drapania przyszło do znacznego zgrubienia skóry i do powiększenia gruczołów chłonnych, nie są już przystępne dla leczenia. 5. Swędzenie skóry u dzieci ma przyczynę w rozwijaniu się torebek włosowych, które postępuje od urodzenia aż do dojrzałości płciowéj i dopiero wtedy ustaje. 6. Bardzo silnego swędzenia nie ma nigdy w tych przypadkach, w których istnieje bujny porost włosów. 7. To, co nazywają świerzbiączką zimową, jest tylko następstwem zamknięcia włosów (*Lichen pilaris*). 8. Stan podrażnienia skóry zawsze łączy się z podrażnieniem błon śluzowych i maziowych. (*Vierteljahr. f. Derm. u. Syph.* Rocznik XX).

Zagari: **O nowym sposobie leczenia karbunkułu.**

Z. powtórzył doświadczenia Emmericha leczenia zakażenia wąglikowego przez wprowadzenie do żył streptokoka Fehleisena i te same osiągnął wyniki. Tłómaczy on to tak, że podwyższona przez zaszczepienie drobnoustroju róży ciepłota osłabia żywotność prątka wąglika, a z drugiéj strony wzmacnia siłę życiową tkanek, które wskutek tego mogą zwycięzko wyjść z walki z prątkami wąglika. Daléj wykazał Z., że można osłabić jadowitość niektórych mikrobów, jeżeli się takowe hoduje w pożywkach, które już służyły innym drobnoustrojom do rozwoju i przez to są sterylizowane. I tak udało mu się przez hodowanie prątka wąglikowego w pożywkach, które przez *spirillus cholerae* sterylizowane były, osłabić jadowitość pierwszego. Za pomocą ciągle powtarzanego szczepienia tego osłabionego jadu wąglikowego królikom i świnkom morskim osiągnął w końcu odporność tych zwierząt przeciw wąglikowi. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX.).

## Choroby umysłowe.

August Mercklin (Ryga): **O leczeniu ginekologicznem w przebiegu chorób umysłowych.**

Wpływ leżących jeszcze w zakresie fizyjologicznym zmian w częściach płciowych kobiety — miesiączka, ciąża, klimakteryjum — na objawy życia psychicznego, znanym jest od dawna lekarzom i nielekarzom, zarówno znanem jest, że choroby narządu płciowego mogą sprowadzić choroby środkowego układu nerwowego; nie znajdujemy jednak jeszcze dokładnych wyjaśnień, jak rozpoznać można związek przyczynowy i w których przypadkach należy przeprowadzić leczenie ginekologiczne. Psychozy i nerwice mogą ze swéj strony wpłynąć na czynności narządów centralnych; musimy dziś w przeciwstawieniu do dawniejszych zapatrywań powiedzieć: nieprawidłowość w miesiączkowaniu powstaje pod wpływem choroby umysłowéj. Szczególnie brak miesiączki jest objawem, który albo poprzedza ch. umysłową, albo późniéj występuje i z ustąpieniem zboczenia umysłowego znowu znika. Wobec tego objawu byłoby badanie ginekologiczne i leczenie nieznacznego zboczenia drogą błędną. Badanie ginekologiczne kobiety umysłowo choréj ewentualnie w uśpieniu wtedy tylko należy wykonywać, jeżeli istnieją wyraźne objawy miejscowe, których usunięcie jest koniecznie pożądanem. Leczenie ginekologiczne można tylko wtedy usprawiedliwić: 1) jeżeli obok zboczeń umysłowych występują objawy chorobowe narządu płciowego, które same przez się z przyczyn czysto somatycznych wymagają usunięcia. Psychijatrzy i ginekologowie nie będą tu często w zgodzie, zwłaszcza, że przeciw pewnym chorobom ginekologicznym można często dostatecznie walczyć za pomocą postępowania ogólnie wzmacniającego. 2) Wtedy jest miejscowe leczenie ginekologiczne uzasadnione, jeśli w istniejącéj

chorobie płciowéj przypuszczamy przyczynę zboczenia umysłowego. Nie należy jednak zapominać, że miejscowem leczeniem ginekologicznem można co najwięcéj jednę z przyczyn ważnych dla powstania psychozy usunąć, podczas gdy inne, a przedewszystkiem psychopatyczne usposobienie, pozostaje. Już Hegar mówi o związku przyczynowym pomiędzy chorobami płciowemi a nerwicami, chociaż rzadko można przedstawić bezpośredni dowód potwierdzający ten związek; twierdzenie to jest jeszcze ważniejszem dla psychozy. Mercklin więc twierdzi, że przypadki, w których choroby ginekologiczne podczas trwania psychozy w ogóle wymagają wyleczenia, tworzą mniejszość. (*St. Petersb. med. Woch.* 1889, Nr. 16 i 17).

## Medycyna sądowa.

Jul. Wagner: **O niektórych objawach w zakresie środkowego układu nerwowego, spostrzeganych po ocuceniu powieszonych.**

U powieszonych (samobójców), których wczas odciąć i do życia przywrócić zdołano, spostrzeżono kilka pouczających objawów, które W. szczegółowo omawia, opierając się na 17 przypadkach w literaturze znalezionych i dwóch własnych spostrzeżeniach. Zboczenie czynności mózgu przy powieszeniu sprowadzają dwie okoliczności, mianowicie asfiksyja (nagromadzenie się $CO_2$), jako też zamknięcie tętnic dogłowowych (niedokrewność). Po niedokrewności téj następuje przy wczas wykonanem odcięciu powieszonych na pewien czas silne przekrwienie mózgu, prowadzące znowu do objawów, spostrzeganych po zdjęciu postronka. Bezpośrednio po odcięciu jest chory nieprzytomny. Przed powrotem świadomości występują zwykle drgawki, trwające już to krótki tylko czas, już też kilka godzin. Mają one cechę już to padaczki, już też tężca, a występują zarówno jedno- jak i obustronnie. Niekiedy spostrzeżono ruchy posuwające się lub kołowe. Skoro przytomność powróciła, można stwierdzić przerwę w pamięci, odnoszącą się zwykle do czasu wykonania powieszenia, często jednak jeszcze daléj sięgającą. Stopień utraty pamięci stoi prawdopodobnie w pewnym stosunku do trwania nieprzytomności. Tę wstecz czynną utratę pamięci (*retroactive Amnesie*) można porównać z owemi brakami w pamięci, które spostrzegamy przy wstrząśnieniu mózgu, urazach czaszki i otruciach gazem tlenkowęglowym. W końcu zdarzają się także po zamierzonych powieszaniach przemijające stany pobudzenia, połączone z pewnym stopniem pomięszania. W dwóch przypadkach przyszło do wybitnej choroby umysłowéj o dłuższem trwaniu (ostre pomięszanie umysłu). Z drugiéj strony mogą rozwinięte już choroby umysłowe przez próbę powieszenia się doznać pewnéj poprawy (2 z 17 przypadków). W 2 przypadkach Wagnera spostrzeżono podobne objawy: raz wyleczenie, drugi raz polepszenie choroby umysłowéj w bezpośredniem następstwie usiłowanego powieszenia się. (*Jahrb. f. Psychiatrie* t. VIII, zeszyt 3).

*Dr. Baschkopf.*

---

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Wielmożny Panie Redaktorze!

W odpowiedzi na uwagę moją w ocenie rozprawy p. t.: „O oznaczaniu lokalizacyi itd. w Nrze 40 Przeglądu Lek., pisze Dr. Beck w Nrze 41 tegoż pisma jak następuje: „Twierdzenie swoje uzasadnia (Dr. Piotrowski) powszechnie przyjętém mniemaniem, że wywołanie odruchów ze saméj dolnéj części rdzenia jest niemożebnem. Pomijając, że sam autor oceny przyznaje w dalszym ciągu itd., że odruch otrzymuje się też z dolnéj części . . . .“

W zdaniu tem mieści się zarzut sprzeciwiania samemu sobie, powstały z niezrozumienia a następnie mylnego tłomaczenia słów moich. Brzmią one w całości:

„Tłomaczenie to nie jest naszem zdaniem odpowiedniem, wiadomo bowiem, że dolne części rdzenia bardzo trudno przenoszą odruchy, dopiero przy nader silnych bodźcach lub u żab zatrutych strychniną, natomiast o wiele pobudliwsza jest pod tym względem górna część rdzenia, przenosi odruchy przy słabych stosunkowo podnietach, tu więc przedewszystkiem stan czynny musiałby występować, autor zaś stwierdza, że takie wahanie wsteczne nie pojawiało się w części szyjnéj lub piersiowéj rdzenia“. — Uważny czytelnik łatwo się przekona, że nie miałem na myśli przeczenia możności przewodzenia odruchów z części lędźwiowéj rdzenia — czego zresztą żaden z fizyjologów nie czyni. — Że łuk odruchowy przebiega w części lędźwiowéj rdzenia zwierząt cieplokrwistych jak u psa, wiedzą dobrze fizyjologowie, że tak samo rzecz się ma u człowieka, znane jest neuropatologom. Samo to jednak nie uprawniałoby w żaden sposób do wyciągania wniosków co do żab, na których Dr. B. eksperymentował. Zarzut mój oparty był jedynie na różnicy w pobudliwości. Skoro dolne części rdzenia mniéj są pobudliwe, przeto czy podnieta słaba tak, że nie zdoła wywołać stanu czynnego u tychże, czy też silna jest to w stanie uczynić, w każdym razie silniéj wystąpi stan czynny w wyższych częściach, a więc i elektryczna negatywność. Że zaś zachodzą takie stosunki w pobudliwości u żaby, pouczały dotychczasowe doświadczenia fizyjologów, i niedawno sam Dr. B. przytaczał je w pracy swéj: „O pobudliwości różnych miejsc tego samego nerwu“ str. 4. Dlatego na podstawie panujących dotychczas poglądów zarzut mój nie tylko mógł, lecz musiał spotkać tłomaczenie Dr. B. Inaczéj ma się rzecz z twierdzeniem, że obserwacyja ta błędna jest, że własne doświadczenia Dr. B. wykazują jéj przyczynę w nieodpowiedniem preprarowaniu. Jeżli doświadczenia te stwierdzą się, czego mogę się spodziewać, znając osobiście sumienność Dra B. w przeprowadzaniu ich, wtedy tłomaczenie jego zyska podstawę, któréj dotychczas w żaden sposób mieć nie może bez poprzedniego obalenia faktu uznanego przez ogół fizyjologów.

Prosząc o łaskawe zamieszczenie tych słów kilku w Przeglądzie Lek., pozostaje z głębokim szacunkiem

*Piotrowski.*

---

## V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Nader interesującą jest historyja powstania wodociągów w Berlinie i nie mogę się oprzeć pokusie naszkicowania jéj w krótkich słowach, a to tem bardziéj, że kwestyja wodociągów obecnie tak bardzo zajmuje umysły mieszkańców i lekarzy m. Krakowa. Otóż aż do r. 1856 nie posiadał Berlin żadnych wodociągów, a mieszkańcy téj stolicy zaspokajali swe potrzeby wodą czerpaną z bardzo licznych studzien prywatnych i publicznych, które dostarczały wody zimnéj i na pozór czystéj, jednakowoż niezawsze zdrowéj i smacznéj. Lecz nawet nie ten wzgląd, aby wszyscy mieszkańcy czerpać mogli wodę bez zarzutu, skłonił zarząd m. Berlina do postarania się o wodociągi, — chodziło tu bowiem na razie o dostateczny zapas wody, któraby z odpowiednią siłą spłukiwała cuchnące rynsztoki miejskie, ciągnące się po obu stronach ulic koło chodników. W tym też celu w r. 1852 nadał ówczesny rząd pruski „obcym przedsiębiorcom Foxowi i Cramptonowi przywilej na przeciąg lat 25, zaopatrywania m. Berlina w wodę płynącą“. Przedsiębiorstwo to miało co 75 metrów pozakładać hydranty i dostarczać wody bezpłatnie tak do spłukiwania rynsztoków i ulic, jakoteż do gaszenia ognia w razie pożaru, a natomiast miało prawo pobierania opłat od mieszkańców, którzyby domy swe chcieli na wszystkich piętrach w wodę zaopatrzyć. Z końcem r. 1853 położono kamień węgielny pod budowę wodociągów nad Sprewą, a w 3 lata później Berlin już korzystał z tych znakomitych urządzeń. Wodę czerpano z rzeki Sprewy, sączono przez pokłady piasku i za pomocą siły pary wpędzano w rozgałęziony system kanałów i rur rozprowadzonych po całym Berlinie. Podczas budowy wodociągów berlińskich odstąpili powyżsi przedsiębiorcy prawa swe towarzystwu akcyjnemu „The Berlin Waterworks Company“, które w r. 1858 pomnożyło swój kapitał akcyjny z 470,000 do 600,000 funtów szterlingów. Jak każda nowość niezawsze szturmem zdobywa sobie uznanie ogółu, tak i w Berlinie z początku przedsiębiorstwo wodociągowe ponosiło straty, a dopiero zwolna mogło należyte odsetki włożonego kapitału wyciągnąć,

co najlepiéj wyjaśnia fakt, że w r. 1860 dywidenda dla akcyjonaryjuszów wynosiła zaledwie 1%, a w r. 1872 podskoczyła na 11¼%.

W r. 1873 zakupiło m. Berlin wodociągi od powyższego Konsorcyjum angielskiego za cenę kupna 1.250,000 funtów szterlingów (=25⅛ miliona marek) i w tym celu zaciągnęło pożyczki trzydziestu milionów marek; nadto rada miejska uchwaliła rozszerzenie wodociągów tak, aby zaspokajały potrzeby miliona mieszkańców, gdyż już w r. 1873 liczył Berlin 882,460 ludności. Ponieważ według obliczeń dokonanych przez dyrektora wodociągów Gilla wodociągi zbudowane przez poprzednie towarzystwo akcyjne mogły wystarczyć zaledwie dla 447,868 osób, — przeto postanowiono zbudować zupełnie nowe urządzenia wodociągowe w zachodniéj stronie Berlina, ponad strumieniem „Hawel“ i zużytkować jego obfite zdroje (9000 litrów na sekundę, w pewnéj części 1000 litrów na sekundę) celem zaopatrzenia miliona mieszkańców w dobrą wodę. Zamiast jednak czerpać wodę wprost z Haweli lub jeziora Tegel, które powstanie swe również strumieniowi temu zawdzięcza, postanowiono kopać głębokie studnie na południowym brzegu jeziora i wodę w ten sposób uzyskaną wprowadzać do wodociągów. Dokładne badania poczynione z wodą tą w ciągu ½ roku, wykazały, że woda w studniach tamże wykopanych nie potrzebuje oczyszczenia za pomocą filtrów piaskowych, gdyż jest wcale czystą, smaczną i dobrą oraz zimną (10-12°C), a lasy rządowe otaczające dookoła brzegi Haweli i jeziorka Tegel chroniły również studnie te od zanieczyszczenia w przyszłości. Uchwalono koszta 12.605,208 marek na zbudowanie wodociągów zaopatrywanych na razie w wodę w ilości 500 litrów na sekundę, a z końcem r. 1877 korzystał Berlin już z wodociągów, które szczególniéj stały się prawdziwem dobrodziejstwem dla 160 000 mieszkańców w górnéj części Berlina (Hochstadt), pozbawionych do téj chwili prawie zupełnie wody. Równocześnie prawie przeprowadzano budowę kanałów w całem mieście. Obecnie właściciele domów niecierpliwie już oczekiwali na ukończenie nowych wodociągów i skwapliwie rzucili się do korzystania z nich zaraz po ukończeniu tak, że gdy w r. 1873 tylko 8114 parcel z 437,864 mieszkańcami korzystało z wodociągów, spotrzebowując 12.771,616 metrów kub., to w r. 1878 cyfry te podskoczyły na 12,806 parcel, (736.626 mieszkańców) i 17.500,000 metrów kub. wody, a w r. 1885 spotęgowały się przeszło w dwójnasób t. j. do 18.216 parcel z 1,098.920 mieszkańcami, którzy spotrzebowali 25,935.936 metrów sześciennych wody. Celem zapobieżenia marnowaniu wody w sposób lekkomyślny zaprowadzono aparaty miernicze i uchwalono opłatę od ilości wody zużytkowanéj, skutkiem czego ilość wody spotrzebowanéj przez 1 mieszkańca dziennie obniżyła się przeciętnie z 106 litrów (w latach 1865—1870) na 62·7 (w r. 1879).

Wodociągi te jednak już pomnożone i rozszerzone w sposób co dopiero omówiony, mimo zaprowadzonych oszczędności, nie mogły wystarczyć w obec olbrzymiego wzrostu Berlina dłużéj niż do r. 1883 i trzeba było obmyśléć dalszą budowę wodociągów. Tymczasem poczęły się mnożyć utyskiwania mieszkańców na dobroć wody dostarczanéj (bez przesączania) z 13 głębokich studzien z nad Haweli, — gdyż woda ta poczęła się mącić i nadpływała z wodociągów zmieszana z czerwonemi strzępkami, a to skutkiem tego, że w rurach wodociągowych bujały wodorosty (Crenothrix), na których osadzały się części żeleziste, strącone z wody studziennéj (niedokwas żelaza). Chemicy, którym powierzono badanie wody przez całe pół roku przed rozpoczęciem budowy wodociągów nad Hawelą, nie przewidzieli téj ewentualności, a obecnie miliony należało uważać za stracone, a w zamian uzyskano tylko smutne doświadczenie, iż woda z głębokich studzien nie nadaje się do wodociągów bez przesączenia poprzedniego, — tylko musi uledz gruntownemu oczyszczeniu zapomocą sączków piaskowych. Próbowano jeszcze mięszać wodę czerpaną z studzien z wodą z jeziorka Tegel, poddawać ją silnemu przewietrzeniu, lecz i to nie doprowadziło do pożądanego celu tak, że w końcu musiano się zgodzić na wytrawne zdanie prof. Finkenera i urządzić nad brzegiem jeziorka Tegel wspaniały zakład z filtrami piaskowemi, przez które przesącza się woda czerpana już nie ze studni lecz wprost z jeziora.

Budowę całego zakładu ukończono w r. 1888. W ciągu 24 godzin czerpią 86.400 metrów sześć. wody z Haweli i takąż objętość z jeziorka Tegel, następnie przepuszczają wodę przez 21 sklepionych basenów z grubą warstwą piasku (różnéj wielkości w pojedynczych warstwach) o powierzchni 50.000 m. kw. i wodę w ten sposób oczyszczoną wpędzają za pomocą siły pary do wieży wodociągowej na wysokość poziomu Charlottenburgu. Stacyja wodociągowa w Charlottenburgu rozdziela wodę systematycznie w Berlinie stosownie do potrzeb w każdej porze dnia. Dla Charlottenburgu samego przeznaczoną jest woda w ilości 37.000 metrów sześć. dziennie, który to zapas mieści się w 3 rezerwoarach sklepionych, a uzyskanym bywa z jeziorka Tegel w porze nocnéj, kiedy to potrzeby m. Berlina są znacznie mniejsze.

Przesączanie wody przez filtry piaskowe odbywa się bardzo starannie, co 7 tygodni zmienia się warstwy piaskowe, a piasek czyści się mechanicznie w odpowiednio urządzonym budynku z doskonale funkcyjonującą maszyneryją. Co dwa tygodnie bywa woda badaną w instytucie hygijenicznym zostającym pod kierunkiem prof. Kocha, a ilość mikroorganizmów okazuje się w wodzie przesączonéj nader zmniejszoną, woda zaś sama celowi odpowiednią.

Obecnie buduje m. Berlin daléj nowe wodociągi, aby sprostać wymogom rozrastającéj się stolicy Niemiec, a mianowicie uchwalono już 20 milionów marek na urządzenia wodociągowe nad jeziorkiem Miggel powyżéj Friedrichshagen, które dostarcza Berlinowi w ciągu 24 godzin 172.800 metrów sześc. wody.

Wodociągi dotąd przez Berlin urządzone przedstawiają wartość przeszło 39 milijonów marek. (C. d. n.)

---

## VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16-go października. Do jakiego stopnia partactwo buja nawet w krajach wysoko cywilizowanych, dowodzi świeży przykład, o którym donoszą *W. med. Bl.* w ostatnim numerze według *la Clinique de Bruxelles.* Otóż w Brukseli zjawił się arab, zowiący się Goolam Kader, wyszukał sobie doktora dyplomowanego i zasłonięty tym sposobem wobec prawa założył klinikę okulistyczną, odwidzaną codziennie przez setki chorych, po największéj części nieuleczonych, którym niby obiecuje szybkie wyleczenie. Jedno i to samo *collyrium* i jeden i ten sam pędzel wystarczają dla wszystkich chorych — a mimo to zbiegowisko ogromne. Zdawałoby się, że wróciły czasy okulistów wędrownych. Cóż tu dziwić się, że u nas partacze innego rodzaju znajdują powodzenie!

* W tygodniu 39 (od 28/9—4/10) było w Krakowie małżeństw 19, urodzin 41, skonów 37 (śmiertelność 25·19), a w szczególności: z grużlicy 8, z zap. płuc 5, z nieżytu żołądka i jelit 2 przyp.

* Dr. H. Kraus, odbywszy służbę jednoroczną wojskową, osiadł w Rzeszowie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Lekarz pułkowy Dr. Alojzy Pick potwierdzony został przez Ministerstwo jako docent prywatny medycyny wewnętrznéj. — **Petersburg.** Nadzw. profesorowie Akademii lek. Sławiański i Lebediew (ginekolodzy), Tarnowski (syfilidolog) i Pawłow (chirurg) mianowani prof. zwyczajnymi, adjunkci Polotebnow (dermatolog) Bystrow (pedyjatra) i Szymanowski (laryngolog) prof. nadzwyczajnymi; docenci Afanasiew, Dostojewski i Reprew prosektorami.

* **Nekrologija** (Dr. J. T.). Lekarz Ignacy Kucharski, lat 34 liczący, znany z rozprawy pod tyt.: *Bacteriologisches üb. Trachom* 1887, odkomenderowany z Kaukazu do Petersburga do Akademii lek. celem napisania rozprawy inauguralnéj, otruł się kw. karbolowym; cierpiał on od pewnego czasu na neurastenię. — W Monachijum umarł prof. pedyjatryi Vogel.

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie dnia 22-go b. m. o godzinie 6-téj po południu w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Podgórski przedstawi chorego po herniorafii sposobem Bassiniego. 2) kol. Stacharowicz, asystent prof. Pieniążka, jako gość będzie miał rzecz o leczeniu miejscowém gruźlicy krtani.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** odbędzie się 21 b. m. w pracowni Dra Marsa o godzinie 6-téj wieczorem. Porządek dzienny: 1) Odczytanie protokółu z ostatniego posiedzenia. 2) prof. Obaliński przedstawi 3 przypadki z zakresu ginekologii.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.